



SEXUALIDADE NO IDOSO - CONSIDERAÇÕES AO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Joana Filipa Macedo Liz Pimenta

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina

Ano 2013 / 2014

Joana Filipa Macedo Liz Pimenta

SEXUALIDADE NO IDOSO –

CONSIDERAÇÕES AO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Dissertação – Artigo tipo Revisão Bibliográfica, de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Dr. Nuno Rossano Monteiro Louro

Categoria – Especialista em Urologia

Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto \ Centro Hospitalar do Porto

Porto, Junho de 2014

Resumo

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde entre 2000 e 2050 a proporção de pessoas com mais de 60 anos no Mundo irá duplicar. Sendo assim todos os aspectos do idoso devem ser tomados em atenção e a sexualidade não deve ser exceção.

Objetivo: Aumentar a informação sobre a sexualidade no idoso de forma a revelar a sua real importância, principalmente nos cuidados de saúde.

Metodologia: Pesquisa bibliográfica e revisão da literatura científica.

Resultados: A prática sexual diminui com a idade, mas a sexualidade continua a ser um aspecto importante. Muitos fatores, desde saúde a sociais contribuem para a diminuição da prática sexual. Muitos idosos têm disfunção sexual mas não abordam o assunto com o seu médico, nem o profissional de saúde o questiona, por falta de formação nesta área. Uma vida sexual ativa traz benefícios. Por fim, mais investigação é necessária.

Conclusão: A Sexualidade é um tema importante para o idoso. É necessário aumentar a informação e formação para proporcionar melhores cuidados de saúde.

Palavras-chave: Sexualidade; população idosa; profissional de saúde.

Abstract

Background: According to the World Health Organization between 2000 and 2050 the proportion of people over 60 years will double in the World. Thus, all aspects of the elderly should be taken into account with sexuality being no exception.

Aim: Increase information about sexuality in the elderly for revealing its real importance, mainly in the health care.

Method: Literature search and review.

Results: The sexual activity decreases with age, but for approximately half of the individuals in this group, sexuality remains an important aspect. An active sex life is benefic. Many seniors have sexual dysfunction but do not address the issue with their doctors, nor healthcare professionals question patients about this aspect. Many factors contribute to the decrease of sexual activity, from health to social reasons. Health professionals should know how to manage issues related to sexuality affecting their elderly patients. More research is needed for a better understanding of sexuality in the 3rd age.

Conclusion: Sexuality is an important issue for the elderly. It's necessary to increase training and information in this area to provide better health care for this population group.

Keywords: Sexuality; elderly population; healthcare professionals.

Sumário

Introdução	2
Objetivo e Metodologia	3
Sexualidade no Idoso – Prevalência	4
Impacto da Sexualidade no Idoso	7
Vergonha do Idoso pela sua Sexualidade	9
“Assexualidade” do Profissional de Saúde	10
Limitações à Sexualidade no Idoso	11
Sexualidade no Idoso Doente	13
Fármacos	16
Hipogonadismo de Início Tardio	18
Abordagem à Sexualidade no Idoso	19
Propostas para o Futuro	21
Conclusão	22
Referências Bibliográficas	23
Anexo	28

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde a maioria dos países desenvolvidos considera idoso aquele com mais de 65 anos e, segundo dados da mesma fonte, entre 2000 e 2050 a proporção de pessoas com mais de 60 anos no Mundo irá duplicar. Estes dados demonstram a importância que este grupo etário deve ter nos Cuidados de Saúde.

A sexualidade é um aspeto central na vida do ser humano, sendo um parâmetro da qualidade de vida.¹ A Medicina Sexual não deve ser ignorada independentemente do doente e do profissional de saúde (PS). As relações sexuais são desejadas, inclusivamente na 3ª idade, principalmente quando em condições de saúde e de um parceiro que as permitam.^{2, 3, 4}

A passagem para a 3ª idade acarreta alterações no ciclo sexual.⁵ Com o avançar da idade a probabilidade de disfunção sexual num dos elementos do casal aumenta, mas isto não significa que a sexualidade perde importância para a manutenção de uma boa relação.⁵ Uma vida sexual satisfatória poderá ter também benefícios sobre a saúde, possivelmente atuando como cardioprotetor, na prevenção de doença

oncológica e com efeitos positivos sobre o sistema imunitário e musculoesquelético (ver Anexo I).⁶

Todavia, apesar da importância da sexualidade, este não é um tópico frequentemente abordado pelos profissionais de saúde.⁷ Neste sentido é importante obter mais informação sobre a prática sexual do idoso saudável. Para poder prestar uma boa assistência, os cuidadores precisam de ser informados sobre as estatísticas relativas à vida sexual dos idosos, precisam de entender as alterações biológicas e psicológicas e os fatores sociais que determinam a saúde sexual da população sénior, tendo em conta as características específicas do envelhecimento individual e do casal.⁸ Para poder identificar corretamente as situações anormais é necessário um conhecimento da norma.

Por último, a boa prática médica deve encarar o doente numa perspetiva holística. Todos os componentes da saúde são importantes, assim como a sociedade onde se insere. Atualmente, observa-se uma mudança de mentalidades, onde a sexualidade é reconhecida. Também na terapêutica se observa um aumento do número de opções.⁷ O médico deve preocupar-se com a sexualidade dos seus pacientes

para realmente promover a saúde e responder às necessidades dos mesmos. Em suma, a sexualidade no idoso é um assunto relevante que merece uma sistematização.

Objetivo e Metodologia

No idoso é inquestionável a importância de manter a qualidade de vida e já não é novidade o conceito de “dar vida aos anos”. Deste modo a sexualidade não deve ser esquecida na 3ª idade. Todavia, ainda há um tabu à volta deste tema e percepção que o idoso não tem uma vida sexual ativa, que com esta tese se ambiciona alterar.

Pretende-se desmistificar o celibato na 3ª idade e alertar para os benefícios que podem advir da inclusão deste tema durante as consultas. É também importante uma contextualização epidemiológica dos hábitos da população numa área onde a investigação se prende mais com a doença do que com o estudo na população saudável.

A dissertação em questão propõe-se a realizar uma revisão sistemática da literatura científica sobre a sexualidade no idoso, com maior

destaque para o sexo masculino. Os principais artigos e textos consultados resultaram, maioritariamente, de uma pesquisa bibliográfica com base no PubMed. A pesquisa foi feita a partir das palavras e expressões do campo lexical de sexualidade no idoso, e decorreu entre Setembro de 2013 e Maio de 2014. As páginas oficiais da Internet da European Association of Urology⁹, World Association For Sexual Health¹⁰, World Health Organization¹¹, Centers for Disease Control and Prevention¹², Association of Reproductive Health Professionals¹³, Mayo Foundation for Medical Education and Research¹⁴ e Plano Nacional de Saúde¹⁵ também foram fonte de bibliografia revista.

Como ressalva, importa considerar que a investigação sobre uma área tão profundamente pessoal é repleta de dificuldades, incluindo viés de auto-relatos, baixas taxas de resposta e falta de estudos mais duradouros. Como tal, a investigação de boa qualidade nesta área é limitada. Estudos maiores, como o de Nicolosi et al. de 29 países¹⁶, têm taxas de resposta baixas (19%)¹⁶ e estudos menores podem não ser generalizáveis.¹⁷

Atendendo a que a população idosa tem cada vez mais peso nos cuidados de saúde e que a própria sociedade está a quebrar alguns

preconceitos, o PS deve estar sensibilizado para o tema em questão para poder orientar melhor os seus doentes. Com a presente tese não se pretende uma dissertação sobre as disfunções sexuais do homem idoso,

mas sim descrever algumas características da sexualidade deste grupo etário e alertar para a necessidade de aumentar a informação do prestador de cuidados de saúde.

Sexualidade no Idoso - Prevalência

Um estudo nos Estados Unidos da América por Lindau et al. (2007)⁷ com uma amostra de 3.005 adultos (taxa de resposta de 75%)⁷ mostrou que o interesse e a prática sexual são menores nos grupos etários mais velhos¹⁸. Mulligan e Moss (1991)¹⁹ determinaram que a frequência média de relações sexuais passa de semanal até aos 50 anos para mensal dos 50 aos 70 anos e determinaram também que o pico de declínio no interesse sexual se compreende entre os 40 e 70 anos¹⁹. Pfeiffer (1972)²⁰ e Panser et al. (1995)²¹ também encontraram nos seus estudos um declínio significativo na atividade e interesse sexual com o aumento da idade. Segundo DeRogatis et al. (2008)⁶⁷ a disfunção sexual é altamente prevalente na sociedade em todo o

mundo e a sua ocorrência aumenta diretamente com a idade.⁶⁷ McCarthy e Thestrup (2009)²² apontam o término da vida sexualmente ativa do casal, como sendo maioritariamente um resultado da decisão do homem, como consequência da sua perda de confiança na capacidade de ter uma relação sexual completa e satisfatória.²² No entanto, embora a frequência de disfunção sexual aumente com a idade, a aflição pessoal sobre esses sintomas parece diminuir na 3ª idade.⁶⁷

A prevalência de atividade sexual diminui com a idade²³, mas um número considerável de idosos envolve-se em relações sexuais (sexo vaginal, oral e masturbação) inclusivamente nas oitava e nona décadas da vida.⁷

Segundo um estudo americano já mencionado de Lindau et al (2007)⁷ entre os indivíduos com idades compreendidas entre os 75 e 85 anos, 59% atribuiu alguma importância à prática de atividades sexuais, sendo que 31% praticavam sexo oral.⁷ Segundo o *European Male Ageing Study*, publicado em 2010¹⁸, 75% ter pensado em sexo nas 4 semanas anteriores ao estudo pelo menos uma relação sexual. No estudo de Nicolosi et al. (2004)¹⁶ já anteriormente referido, concluiu-se que 53% dos homens entre os 70 a 80 anos tiveram relações sexuais nos 12 meses prévios à entrevista. Na pesquisa de Gott (2001)²⁴ 81,5% dos idosos estiveram envolvidos em uma ou mais relações sexuais e num estudo de Helgason et al (1996)²⁵ 46% dos homens com idades entre 70 e 80 anos, relataram orgasmo pelo menos uma vez por mês.²⁵ Estudos sobre a prevalência de atividade sexual entre homens idosos encontram-se resumidos na Tabela I.

Pesquisas como a de Lindau e Gavrilova (2010)²⁶ demonstraram que o interesse sexual entre homens mais velhos está a aumentar, possivelmente devido aos novos fármacos muito divulgados para a disfunção erétil (DE), com início com o Viagra® em 1998.²⁶

Sobre a medicação para melhorar a atividade sexual, aproximadamente 65% da população idosa é a favor do seu uso e quase um em cada sete homens relataram tomar medicação para melhorar a função sexual.^{7, 16}

Outras estatísticas importantes, alertaram para que a maioria dos norte-americanos mais velhos não praticava sexo seguro, mesmo quando tinham múltiplos parceiros.¹⁰ Apenas 1 em cada 5 idosos solteiros sexualmente ativos usavam preservativo regularmente. Fica demonstrada a importância de controlar as doenças sexualmente transmissíveis dentro desta população. Todavia, alguns médicos reconhecem não discutir com os adultos mais velhos os riscos de sexo desprotegido, racionalizando as suas respostas pelas baixas taxas (embora não negligenciáveis) de infeções sexualmente transmissíveis entre este grupo etário.²⁸

Outro fator a considerar é a orientação sexual. Em 2000, um relatório da *National Gay and Lesbian Task Force* estimou o número de Homossexuais, Bissexuais e Transexuais seniores nos Estados Unidos em cerca de 3 milhões, podendo chegar a 4 milhões até 2030.²⁹ Os idosos em questão enfrentam muitas barreiras para um bom envelhecimento.

Tabela I: *Compilação de dados relativos a vários estudos sobre a prevalência da actividade sexual no idoso.*³³

Autor (referência)	Ano	País	Nº total de Homens	Idade	Sexualmente Ativos	Frequência
Choi et al. (39)	2011	Coreia	116	Mais de 65 anos	77,06%	No último ano
Corona et al. (18)	2010	8 Países europeus	3369	Mais de 70 anos	35,00%	<Semanalmente
Laumann et al. (41)	2009	EUA	742	40 - 80 Anos	79,04%	No último ano
Chew et al. (81)	2009	Austrália	804	65 - 79 Anos	32,40%	
Smith et al. (42)	2007	EUA	22	81 +/- 6 Anos	41,00%	
Lindau et al. (7)	2007	EUA	1455	65 - 74 Anos	67,00%	No último ano
Beutel et al. (87)	2007	Alemanha	508	Mais de 70 anos	54% (numa relação)	
Holden et al. (72)	2005	Austrália	5990	Mais de 70 anos	37,00%	
Nicolosi et al (16)	2004	29 Países	13618	40 - 80 Anos	80%	No último ano
Rosen et al. (71)	2003	7 Países	12815	50 - 80 Anos	71,00%	Média 5,9 vezes/mês
Gott et al. (24)	2001	Reino Unido	161	50 - 90 Anos	81,50%	
Braun et al. (70)	2000	Alemanha	4489	70 - 80 Anos	71,30%	<Semanalmente
Matthias et al. (51)	1997	EUA	497	70 - 94 Anos	31,30%	No último mês
Helgason et al. (25)	1996	Suécia	319	70 - 80 Anos	44,90%	<3 vezes/mês
Média (referente à tabela)	1996 - 2011			Mais de 40 anos	57,58%	

Citando um artigo de Hughes et al. (2011)³⁰ “ao contrário dos heterossexuais, este grupo de idosos conta com menos apoios legais e familiares. O que representa um enorme desafio na gestão das necessidades básicas à medida que envelhecem. Além disso, e por causa do preconceito, o tendem a ser mais modestos e a ter piores cuidados de saúde.” Atualmente, ainda existem poucos serviços que tomem em consideração as necessidades dos idosos com orientações sexuais minoritárias.^{29, 30 e 31}

Conclui-se, recorrendo a um estudo pelo Instituto Nacional de Endocrinologia Cubano,³² que ocorrem mudanças no comportamento sexual com o envelhecimento, sendo as alterações predominantemente negativas. No entanto, uma alta proporção de idosos tem relações sexuais, um alto nível de desejo sexual e um nível moderado de excitação, com os quais estão satisfeitos. Por fim, a frequência de prática de atividades sexuais é determinado não só pela idade do sujeito, mas também por outros fatores, como a presença de parceiros sexuais, relacionamento social e profissional, educação sexual, uso de drogas, estado psicológico, disposição positiva em relação à sexualidade e privacidade.³²

Os casais mais velhos são encarados como menos interessados na sua sexualidade e intimidade, o que não se verifica uma vez que essas questões foram uniformemente consideradas importantes entre pacientes e cônjuges de todas as idades.^{33, 34} Em suma, o ser humano não deixa de ser um ser sexual à medida que vai envelhecendo, nem deve haver nenhum preconceito sobre a forma como vive a sua sexualidade.

Impacto da Sexualidade no Idoso

O aumento da longevidade da população, a reconceptualização da saúde sexual como parte da saúde geral e o desenvolvimento de drogas que visam a melhoria da função sexual têm contribuído para uma mudança na atitude dos idosos e da comunidade médica, aumentando assim a demanda por ajuda.³⁵ Segundo o *Center for Disease Control and Prevention*¹² “uma boa Saúde Sexual é um estado relacionado com a sexualidade e bem-estar físico, psíquico, emocional e social e não meramente a ausência de doença ou disfunção”, que não tem a sua importância confinada apenas aos anos reprodutivos. Na Saúde Sexual inclui-se também a capacidade de compreender e

pesar os riscos, responsabilidades, resultados e impacto das ações sexuais e da abstinência.¹² É importante a libertação do abuso sexual, da discriminação e da capacidade de integrar plenamente a sexualidade ao longo da vida.¹²

No seguimento da definição de Saúde Sexual, a Medicina Sexual não deve ser entendida como exclusiva das especialidades mais intimamente ligadas. Pois, se por um lado a disfunção sexual pode requerer uma abordagem multidisciplinar, que combine o conhecimento e as habilidades de urologistas, ginecologistas, internistas e profissionais de saúde mental para prestar assistência individualizada relacionada com a idade,³⁵ por outro lado, de maneira mais direta ou não, todos os prestadores de cuidados de Saúde podem contribuir para a melhoria da *Saúde Sexual*, desde que a reconheçam como importante. Com uma melhoria da Saúde Sexual o paradigma pode alterar-se da doença para uma atitude mais positiva, aumentando a prevenção e usufruindo da sexualidade para a saúde em geral, nomeadamente uma boa saúde física e mental, um parceiro estável e um padrão regular de atividade sexual mais cedo na vida são fatores protetores para a manutenção da atividade sexual na 3ª idade.³⁷

Os Cuidados Primários e a Saúde Pública têm um papel determinante pela abrangência da população e pelo seu papel preventivo. Num estudo realizado em 2011 na Indonésia,³⁸ com o objetivo de compreender a disfunção sexual entre os idosos e seu impacto na qualidade de vida para a conceção de programas de promoção de saúde apropriados, conclui-se que a disfunção sexual é associada a má qualidade de vida entre os idosos. A falta de atividade sexual, a insatisfação na vida sexual e a presença de problemas sexuais foram associados a má qualidade de vida em homens idosos após ajuste para idade, estado civil, escolaridade e história de doenças crónicas.

Choi et al. (2011)³⁹ afirmaram que os idosos casados que se sentiam muito satisfeitos com a sua vida sexual tinham uma autoestima significativamente maior do que os insatisfeitos. A prática sexual no idoso é benéfica inclusivamente para a manutenção das capacidades intelectuais, uma vez que há uma associação entre pontuações mais altas na *Functional Status Questionnaire* e no *Mental Health Inventory (MHI-5)* com níveis mais altos de satisfação sexual.⁴⁰

Do ponto de vista da promoção da saúde sexual, o prazer não é frívolo nem destrutivo, pois sabe-se que o prazer sexual contribui para o bem-estar,

para uma vida saudável e produtiva e é uma parte normal do desenvolvimento humano e da afirmação de uma identidade positiva, para além de ser um poderoso fator para a manutenção dos casais. Esta realidade deve refletir-se nas políticas de promoção da saúde sexual e em programas destinados a contribuir para o desenvolvimento de uma comunidade saudável.^{12, 36}

Vergonha do Idoso pela sua Sexualidade

Laumann et al. (2009)⁴¹ relataram que menos de 25% dos indivíduos com problemas do foro sexual procurou ajuda junto de um PS. Isto é consistente com os achados de estudos semelhantes.⁴² A procura de tratamento para a disfunção sexual é comumente inibida por vergonha⁴² e receio de preconceito, por ainda ter uma vida sexual ativa,⁴³ o que leva a que muitos idosos sejam relutantes em procurar ajuda para os seus problemas sexuais, mesmo que tenham um grave efeito sobre a sua qualidade de vida.³⁷

Num estudo sobre pacientes com DE, 78% dos participantes não tinha apresentado as suas queixas nos cuidados de saúde primários e 82% teria

gostado que o médico tivesse iniciado a conversa sobre o assunto.⁴³ No estudo de Boer et al. (2005) na Holanda⁴⁴ 85,3% dos homens com disfunção erétil queria ajuda, mas apenas 10,4% dos homens receberam cuidados médicos. Num estudo retrospectivo de Smith e colaboradores (2007)⁴² no ano anterior ao questionário 32% dos homens viram a função sexual abordada pelo médico, em comparação com outros 36% que relataram terem sido os próprios a iniciar uma discussão sobre a função sexual com o seu médico, mas a grande maioria de 86% é da opinião que os médicos devem iniciar discussões sobre a função sexual. Neste estudo de adultos seniores uma minoria relatou uma vida sexual ativa mas o desejo para a atividade sexual era elevada, apesar de sérios problemas com disfunção erétil, logo tratava-se de um grupo que poderia beneficiar de tratamento e ajuda médica.

De acordo com Lindau et al. (2007)⁷ cerca de um quarto dos adultos mais velhos sexualmente ativos com um problema sexual vê a frequência das suas relações diminuída ou anulada por causa da disfunção, logo seriam um grupo suscetível de beneficiar de intervenção terapêutica e que merece o investimento do PS.

“Assexualidade” do Profissional de Saúde

Se o PS não aceita que o idoso pode disfrutar da sua sexualidade então é improvável que alguns problemas sejam efetivamente explorados, diagnosticados e tratados.¹⁷ Numa pesquisa realizada pela *American Association of Retired Persons* (em 1998) 1500 participantes com mais de 50 anos manifestaram a necessidade dos PS criarem um ambiente receptivo que promova o diálogo aberto, reconhecendo que as questões sexuais devem ser abordadas.^{33, 45}

Bouman e Arcelus (2001)⁴⁶ concluíram que os psiquiatras são menos propensos a colher a história sexual de idosos. Os doentes idosos são também menos referenciados a serviços apropriados caso a disfunção seja identificada.⁴⁶ Bedell et al. (2002)⁴⁷ constataram que os cardiologistas muitas vezes não discutem a função sexual com os seus pacientes ou não o fazem de forma adequada, apesar do sabido impacto de certas doenças cardiovasculares sob a função sexual. No estudo de Lindau et al. (2011) sobre doentes com neoplasia do pulmão,³⁴ a maioria dos médicos envolvidos acreditava que os problemas de intimidade e sexualidade eram relevantes, mas poucos os discutiam.³⁴

Gott et al. (2004)²⁸ realizaram um estudo sobre as atitudes dos clínicos gerais e revelaram que estes se guiam mais pelos estereótipos de assexualidade, em vez de atribuir a importância merecida à sexualidade na 3ª idade. Por outro lado, segundo o mesmo estudo as pessoas mais velhas contam com o médico geral e de família como a principal fonte de ajuda profissional em relação a dificuldades sexuais. Ainda noutro estudo do mesmo autor⁴⁸ os médicos, mas não os enfermeiros, estavam preocupados com a possibilidade da relação profissional ser prejudicada por discussões sobre questões sexuais. As principais barreiras identificadas foram a falta de tempo durante as consultas, falta de experiência ou treino em como discutir questões sexuais e o receio em poder abrir uma “caixa de Pandora” sem tempo para a explorar.

A promoção de uma boa saúde sexual continua a ser difícil para muitos médicos.³⁷ O médico de família reconhece que é o principal ponto de contato em relação à saúde sexual, mas que se sente despreparado nesta área.²⁸ As principais razões pelas quais raramente se inicia uma conversa sobre sexualidade incluem a priorização de outros interesses concorrentes, limitação de tempo, a sexualidade não ser percebida como uma preocupação do

paciente e falta de experiência em discutir algumas questões.^{17, 33} Outro motivo importante para não abordar o assunto é o estereótipo e preconceito (incluindo a assexualidade, a monogamia e a heterossexualidade em idades mais avançada) mais do que a experiência profissional.³³

De acordo com os artigos revistos, é seguro afirmar que o PS encontra no sexo um assunto difícil, e que essa abordagem é agravada quando se discute o sexo com uma pessoa mais velha. Nas suas últimas consequências a situação anteriormente exposta leva a que estas questões não sejam adequadamente tratadas resultando em depressão, isolamento social e atraso no diagnóstico de condições médicas subjacentes, entre muitas outras consequências nefastas na vida da população.¹⁷ Um maior conhecimento da sexualidade em idades mais avançadas pelos profissionais de saúde melhora a educação sexual do paciente, aumenta o aconselhamento, bem como promove a identificação clínica de um espectro altamente prevalente de problemas sexuais relacionados com a saúde geral e potencialmente tratáveis.³³ Uma maior informação pode contribuir também para a manutenção de relações sexuais significativas na 3ª idade e diminuir a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis.⁴⁹ Em suma a

comunicação médico-doente sobre a sexualidade pode desempenhar um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida do grupo etário em questão.³⁷

Limitações à Sexualidade no Idoso

Num estudo comparativo de 106 culturas em relação à sexualidade da população senior conclui-se que a manutenção de uma vida sexualmente ativa em muitas sociedades e a limitação em outras, sugere que fatores biológicos bem como culturais podem ser os principais determinantes no comportamento sexual na 3ª idade.⁵⁰ Assim, para uma melhor análise da sexualidade importa ter em conta o contexto socio-económico. Matthias et al. (1997)⁵¹ relataram que os idosos com redes sociais mais pobres (com base no *Lubben Social Network Scale*) eram mais propensos a serem sexualmente inativos e insatisfeitos. Trudel e Piche (2000)⁵² elencaram determinantes sociais que influenciam a atividade sexual, nomeadamente estado civil, tabus sociais, educação sexual, autoestima e atitudes em relação à sexualidade.

Numa pesquisa de Palacios-Ceña et al. (2012)²³ um pior estado de saúde (comorbidades e medicação) foi associado a maior probabilidade de ausência de atividade sexual, mas as razões mais comuns para a inatividade foram: viuvez (23%), doença do parceiro (23%) e falta de interesse (21%).²³ Realça-se a disponibilidade de parceiro como um fator muito importante.²³ Num estudo de Smith et al. (2007)⁴² 38% dos homens sexualmente inativos referiram "nenhum parceiro" como o principal motivo. O que contrasta com um estudo de Newman e Nichols (1960)⁵³ em que 54% dos casais seniores eram ainda sexualmente ativos.⁵³ Outro fator importante é a necessidades de cuidados por parentes ou dependentes.¹⁷ A doença pode afastar o casal (por redirecionar as atenções e por substituir a relação de casal por uma relação de cuidador-dependente) e ter um impacto negativo na atividade sexual.⁵⁴ Uma vida profissional ativa e a satisfação com a relação interferem também na função sexual.¹⁸

Segundo um estudo sobre os residentes num lar de 3ª idade, o bem-estar mental e as boas condições de saúde física têm associações positivas e semelhantes sobre a atividade sexual.⁵⁵ Relações positivas, com significado estatístico, observaram-se entre a atividade sexual e a prática de atividades

físicas e sociais, com a abstenção tabágica e com a toma de menos medicação, que correspondem a uma boa qualidade de vida, a um bem-estar psicológico e a um maior apoio social. Em contrapartida, a inatividade sexual foi significativamente relacionada a problemas de saúde desde doença oncológica, mental ou cardiovascular com seus fatores de risco (incluindo diabetes, hipertensão e dislipidemia), a problemas vesicais, cirurgias de grande porte e até a visão deficiente. Associações adicionais com a inatividade sexual incluíam perda auditiva e demência para os homens.⁵⁵ Bacon et al. (2003)⁵⁶ descreveram que comportamentos de saúde modificáveis como tabagismo, consumo de álcool, falta de atividade física e tempo de visualização de televisão foram associados a disfunção sexual.

No caso de se tratar de uma disfunção sexual no idoso deve investigar-se a causa, que pode ser devida a patologia primária do aparelho sexual, causada por outra doença ou secundária à medicação.⁵⁷ Por outro lado, a disfunção sexual pode revelar outras patologias, tais como depressão, doença cardiovascular e seus fatores de risco (nomeadamente hipertensão, diabetes ou dislipidemia) e denunciar baixos níveis de testosterona. Assim, aquando do diagnóstico de disfunção

sexual é importante investigar a existência de outras doenças, nomeadamente através de exames de rastreio. A doença é mais fortemente associada com muitos problemas sexuais do que é a idade por si só, o que sugere que os adultos mais velhos que têm problemas médicos ou que estão considerando tratamentos que possam afetar o funcionamento sexual devem ser aconselhadas em função do seu estado de saúde, em vez da sua idade.^{7, 53}

Problemas pragmáticos, de falta de parceiro (idosos solteiros, divorciados ou viúvos) ou de problemas de saúde, causam diminuição da atividade sexual e do interesse com o aumento da idade.⁵⁷ Outro problema surge para o idoso aquando da sua institucionalização, que veem dessa forma a sua privacidade limitada.⁵⁸

A disfunção sexual pode causar problemas de saúde pública, ao afetar o bem-estar geral da população.⁵³ Por outro lado, pode ser encarado como uma oportunidade de rastreio, de diagnóstico precoce e pode servir como motivação para a alteração de estilos de vida e adesão à terapêutica.

Em suma, uma vida sexual satisfatória está relacionada com a existência de um parceiro, pela frequência de relações, pela saúde geral

individual e do parceiro, e por um baixo nível de ansiedade.¹⁰ Sendo que a promoção da saúde sexual deve ser uma preocupação transversal na Medicina e aos vários grupos etários.

Sexualidade no Idoso Doente

Segundo o Plano Nacional de Saúde Português¹⁵ as Doenças Crónicas incapacitantes abrangem hoje cerca de 40 a 45% do total das doenças sinalizadas em Portugal e a tendência é para que este número continue a crescer exponencialmente. A Organização Mundial de Saúde¹¹ subscrive a seguinte definição para doença crónica: *“doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados”*.

A doença pode afetar a função sexual diretamente ao interferir nos processos endócrinos, neurais e vasculares que medeiam a resposta sexual, ou indiretamente pela dor e astenia, ou ainda psicologicamente ao

provocar mudanças na imagem corporal e autoestima.⁷⁰ Algumas patologias comumente implicadas com a disfunção sexual incluem sintomas do trato urinário inferior,^{43, 71, 72 e 73} neoplasia prostática e tratamento (incluindo cirurgia pélvica),^{25, 51 e 74} doenças renais e diálise,^{25,76} hipertensão arterial,^{18, 25, 71, 76, 79, 80 e 92} patologia cardíaca (incluindo enfarte agudo do miocárdio),^{18, 25, 47, 76, 79, 82, 83 e 84} doença pulmonar e doença vascular periférica,^{25, 34 78, 83} Diabetes Mellitus, obesidade e hipotireoidismo entre outros distúrbios endócrinos,^{7, 18, 25, 71, 76, 78, 79, 82 e 85} doença de Parkinson, epilepsia, acidente vascular cerebral, esclerose múltipla e discopatia lombar,^{25, 76, 78} distúrbios psiquiátricos (incluindo depressão, ansiedade e transtorno obsessivo-compulsivo), insónia e trauma psicológico por história de abusos sexuais.^{76, 80, 86, 87, 88 e 89}

A doença cardiovascular pode estar na origem de DE, nomeadamente a hipertensão arterial pela disfunção endotelial.^{90, 91, 92} Por outro lado a DE pode predizer uma doença vascular ainda não diagnosticada.^{83, 93, 94} Para Porto (1998)⁹⁵ a maioria dos portadores de cardiopatia apresentam um declínio da atividade sexual após o diagnóstico. Segundo o autor, este facto é consequência da patologia, do tratamento da doença (medicamentoso ou cirúrgico) e é consequência da falta

de informação que leva a insegurança no doente o que influencia a sua sexualidade. Maria e Modena (1984)⁹⁶ apontam que o esclarecimento relativo à atividade sexual deve ter início precoce, uma vez que muitos pacientes não retomam a atividade sexual por falta de esclarecimento e por receio de dor durante o ato sexual. O idoso deve ser esclarecido de que a prática de atividade sexual não é habitualmente considerada como de risco. O esforço físico no momento do acto sexual pode ser equivalente a outras atividades comuns, tais como andar 200 a 300 metros ou subir 2 lances de escadas.⁹⁶

Sintomas do Trato Urinário Inferior no Homem (LUTS) são comuns com o avançar da idade e estão frequentemente associados a algum tipo de disfunção sexual, uma vez que podem partilhar alguns mecanismos fisiopatológicos. No homem idoso a causa mais comum de LUTS é a Hipertrofia Benigna da Próstata. Assim, é importante avaliar a função sexual nos idosos que apresentem LUTS.^{97, 98} Os LUTS podem representar uma patologia primária do idoso ou ser uma manifestação de uma doença sistémica ou ainda ser o efeito secundário de medicação para outras comorbilidades.⁹⁷ Os sintomas, se não tratados, têm tendência para agravar com a idade. Sendo que o tratamento de sintomas

como urgência, poliaquiúria, entre outros, reduz a ansiedade, fadiga e melhora a qualidade do sono e a prática sexual.⁹⁷ A incontinência urinária é estimada em 11 a 14% dos homens.⁹⁹ Embora relativamente comum, pode ser uma condição reversível. Todavia, tem um grande impacto social e consequências emocionais. Uma vez que poucos pacientes referem este problema ou procuram tratamento, o médico deve colher uma história completa no idoso onde esclarece se está presente ou não incontinência. A avaliação deve incluir a função cognitiva, ingestão de líquidos, mobilidade, efeitos colaterais de medicamentos e cirurgias urológicas prévias.⁹⁹

O cancro da próstata é também responsável por disfunção sexual e a sua incidência aumenta com a idade. Quer a doença diretamente quer as terapias (cirúrgica ou farmacológica) levam ao aparecimento de disfunção sexual, nomeadamente a disfunção erétil e ejaculatória e a redução da libido e também a infertilidade. De referir que a qualidade de vida destes doentes é significativamente afetada principalmente naqueles que apresentam desejo mas disfunção erétil.^{51, 74} Por isso, é necessário esclarecer o doente, e o casal, para a doença e efeitos secundários do tratamento, criando expectativas reais. Dessa forma

minimizando os efeitos negativos sob a vida do idoso.¹⁰⁰

A disfunção sexual é comum entre idosos diabéticos, sendo que a disfunção erétil está presente em 75% desta população.¹⁰¹ O índice de massa corporal e o perfil lipídico anormais medidos em homens de meia-idade foram preditores de disfunção sexual 25 anos depois, num estudo de 2004.¹⁰³

Atualmente, sabe-se que a obesidade está associada com uma elevação das citocinas pro-inflamatórias e proteína C reativa que podem levar a uma disfunção endotelial¹⁰² e hipogonadismo.¹⁰⁴ Depois dos 40 anos, o colesterol total e a lipoproteína de baixa densidade (LDL) elevados estão associados a disfunção erétil ao contrário do que se verifica numa população mais nova, o que leva à teoria de que possivelmente a dislipidemia participará no processo de disfunção sexual com a idade.¹⁰⁵

A artrite é comumente associada ao sexo feminino e de facto é a principal causa de incapacidade na mulher idosa, mas também o homem sofre de dor e rigidez, que interfere na sexualidade do casal.¹⁰⁶ Segundo o estudo "Sexualidade, depressão e ansiedade em doentes reumatológicos"¹⁰⁷ realizado em Portugal

pelo Instituto Português de Reumatologia 30,4% dos inquiridos refere a sexualidade como “muito importante” em contraste com a outra maioria de 30,4% refere a sexualidade como “pouco importante”. De acordo com Luís Cunha Miranda (2008),¹⁰⁷ autor do estudo em questão "a sexualidade não é valorizada em termos práticos e muito menos na doença reumática. Por outro lado, a dor e a incapacidade inviabilizam muito os afetos e a disponibilidade que existe para uma relação mais global e completa num relacionamento que inclua uma sexualidade ativa".

Quanto a distúrbios psíquicos no idoso com associação a disfunção sexual os mais frequentes são depressão⁸⁷ e alcoolismo.¹⁰⁸ No entanto, a disfunção sexual em doentes idosos com depressão é menos reconhecida e adequadamente tratada do que em pacientes mais jovens.⁴⁶

As morbilidades mais frequentemente associadas com disfunção sexual são Doença Cardiovascular, Diabetes, Sintomas do Trato Urinário Inferior⁹⁶ e Depressão.¹⁰⁸ A prevenção e o controlo precoce destas patologias podem evitar o aparecimento de disfunção sexual numa idade avançada. A consciência por parte dos doentes do impacto de algumas doenças sobre a sexualidade pode contribuir para

uma melhor adesão à terapêutica e para alterar estilos de vida.⁵

Para Maldonado (1994)¹⁰⁹ e Smeltzer e Bare (1994)¹¹⁰ a sexualidade envolve muitos componentes e é difícil que uma única doença os elimine a todos. Logo, a doença crónica não deve ser considerada como um fator impeditivo do prazer no relacionamento sexual. O prazer é gerado, inventado, descoberto em cada gesto, em cada processo humano, que emerge do impulso natural de cada indivíduo, do imaginário de cada um.¹¹¹

Fármacos

A doença pode mediar o declínio da função sexual não apenas pelos seus efeitos diretos, mas também pelos efeitos secundários da medicação prescrita. É importante excluir a medicação como etiologia da disfunção sexual, uma vez que a terapêutica pode ter duplo papel na disfunção, atuando como cura ou como causa.⁵

Uma prevalência superior de disfunção sexual no idoso tem sido associada ao uso de vasodilatadores, agentes anti-hipertensivos e outros medicamentos para o sistema

cardiovascular, anti-hiperglicemiantes e antidepressivos.^{83, 92, 112 e 113}

Os anti-hipertensivos podem levar a disfunção sexual pela própria redução da pressão arterial em si.¹¹⁴ A metildopa, como outros simpaticolíticos, também podem causar disfunção sexual assim como os β -bloqueadores.¹¹⁵ Os inibidores da enzima conversora da angiotensina e os bloqueadores dos canais de cálcio têm um perfil mais seguro e podem ser uma boa alternativa para doentes com disfunção sexual secundária a outros hipertensivos.

Os fármacos para diminuir o perfil lipídico estão associados a disfunção erétil mas o mecanismo ainda não foi totalmente esclarecido, devendo estar implicado na diminuição de produção das hormonas sexuais.¹¹⁶

A medicação com efeito sobre o sistema nervoso terá algum efeito sobre a função sexual. Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina são frequentemente associados a disfunção sexual. Os neurolépticos por serem antagonistas da dopamina aumentam a prolactina resultando em diminuição da testosterona e diminuição da libido.^{113, 117}

Os antidepressivos tricíclicos têm menos efeitos sobre a libido mas por outro lado apresentam efeitos

colinérgicos que podem levar a LUTS e terminar novamente em disfunção sexual. Atualmente, estão a realizar-se mais pesquisas, sendo que alguns estudos parecem apontar para que a medicação dopaminérgica, usada para doentes com doença de Parkinson, aumentem a libido em doentes com disfunção secundária à toma de IRSS.¹¹⁸ Inibidores da fosfodiesterase 5 já foram usados com sucesso na disfunção causada por antidepressivos.¹¹⁹

O idoso está mais suscetível a efeitos indesejados da medicação pelas comorbilidades de base, porque com o avançar da idade a capacidade de filtração e eliminação pode diminuir e também pela poli-farmácia muito prevalente neste grupo etário. Consequentemente, aumentam as toxicidades dos fármacos, os efeitos secundários e colaterais de algumas drogas, bem como as interações farmacológicas, mais frequentes no idoso do que em indivíduos de grupos etários mais novos. Sempre que possível a medicação deve ser substituída por outra com menos efeitos sob a sexualidade. Quando a medicação não deve ser suspensa nem modificada deve-se iniciar o tratamento diretamente para diminuir os efeitos indesejados, sendo a diminuição da libido e a disfunção erétil os mais comuns. O paciente idoso pode não reportar alguns

efeitos indesejados da medicação, o que torna particularmente importante a investigação dos mesmos por parte do médico, nomeadamente na área da saúde sexual.⁵

Hipogonadismo de Início Tardio

A testosterona tem um papel crítico na experiência sexual do homem. Os níveis de testosterona atingem o seu pico no final da adolescência e, em seguida, diminuem gradualmente ao longo da vida. Dentro das causas de disfunção sexual no homem idoso o hipogonadismo e a disfunção erétil são as mais prevalentes.⁹⁷

A maioria dos homens sente uma diferença na sua resposta sexual depois dos 65 anos. A excitação plena, a ejaculação, o orgasmo e a ereção peniano podem levar mais tempo para atingir.¹⁴ Mudanças significativas na sensibilidade e estrutura penianas ocorrem com o envelhecimento. A concentração de fibras elásticas e de colágeno diminuem com a idade³³ e estima-se que há um decréscimo de até 35% da musculatura lisa do pénis em homens com mais de 60 anos.⁸⁵ Mulligan et al¹³⁰ que consideram que a idade isoladamente é um fator de risco

significativo. No entanto, segundo um estudo de Perelman et al. (2005),⁷⁵ mais de 40% dos homens idosos inquiridos, relataram que há outras maneiras de obter gratificação sexual que não passa obrigatoriamente por uma ereção satisfatória, o que corrobora a teoria de que disfunção erétil isoladamente não é sinónimo de final de atividade sexual.^{18,75}

O declínio progressivo do nível de testosterona com a idade já é conhecido, sendo que 25% dos homens com mais de 70 anos apresenta critérios laboratoriais de hipogonadismo.¹²⁰ Não só a idade, mas também algumas patologias podem diminuir o nível de testosterona, como por exemplo doença pulmonar, renal ou hepática graves.⁵ O declínio de testosterona pode ser então dividido em fisiológico ou patológico.¹²¹

O Hipogonadismo de Início Tardio ou “Andropausa” poderá ser responsável por muitos dos sinais de envelhecimento no homem, nomeadamente disfunção erétil e diminuição da libido.¹²² Níveis mais baixos de testosterona foram associados a menos fantasias sexuais, menor desejo de atividade sexual e subsequente diminuição da frequência de contacto sexual.^{14, 123, 124} A função sexual melhora com a suplementação de testosterona em homens com graus severos de hipogonadismo. No entanto, a terapia de reposição isolada não

resulta em melhoria em homens idosos com concentrações limítrofes de testosterona, o que não suportará a teoria de que a testosterona tenha uma correlação linear direta com a função sexual.^{14, 123, 125}

Morales, Heaton e Carson¹²² também associaram o hipogonadismo a problemas do foro psíquico como depressão, irritabilidade, insónia e redução da capacidade de memória.¹²² Importa referir que se observa, na castração cirúrgica, uma associação entre a diminuição de testosterona e astenia, depressão e perda de autoestima.¹²⁸ Verifica-se também um aumento da taxa de suicídio nos homens idosos, que triplica entre os 60 e os 90 anos.¹²⁹ Todavia, é difícil estabelecer uma correlação linear entre o nível sérico de testosterona e depressão, uma vez que a toma de androgénios exógenos não mostrou diminuição dos sintomas depressivos.¹²¹

Por último o hipogonadismo pode causar alterações cutâneas, osteoporose, diminuição da massa muscular e aumento da gordura visceral.¹²² Há alguma evidência de que a reposição leva a um aumento da força muscular e densidade óssea.¹²¹

Concluindo, a diminuição hormonal isoladamente não explica na totalidade o declínio da sexualidade no

idoso.^{126,127} Permanece alguma discussão sobre se a diminuição da testosterona com a idade, mostrada em numerosos estudos, é uma alteração fisiológica normal, de esperar com o envelhecimento, ou não. Será o hipogonadismo a principal causa de muitas das alterações observadas no envelhecimento? Em suma, é necessária mais investigação sobre o hipogonadismo “normativo”, com uma melhor descrição fisiopatológica e um esclarecimento consensual sobre a teoria da “Andropausa”.

Abordagem à Sexualidade no Idoso

Taylor e Gosney (2011)¹⁷ apontam como recomendações ao profissional de saúde a investigação de queixas sexuais num espaço e tempo adequados, a consideração pelas preferências dos pacientes e a educação dos pacientes sobre estilos de vida. Alertam também para a consciência dos preconceitos e sentimentos individuais a fim de evitar julgamentos.¹⁷ Por outro lado, antes de dar início a alguma terapêutica por disfunção sexual, importa confirmar se a diminuição da atividade sexual é de facto um problema para o

idoso, pois só nesse caso se trata de uma disfunção.⁵⁹

Uma proposta para investigar a existência de sinais ou sintomas é questionando o paciente se atualmente está envolvido em algum relacionamento sexual, se está satisfeito com as suas relações sexuais atuais, ou se tem algum problema íntimo que gostaria de discutir. Se as respostas do paciente sugerem que quer explorar melhor este tópico colher a história sexual pode ser produtivo, inquirindo sobre dificuldades com desejo, excitação ou orgasmo, entre muitas outras questões. Apesar de falar sobre sexo poder ser difícil para os pacientes e médicos, praticar e usar ferramentas que promovam uma comunicação sincera vão ajudar a garantir uma melhor prestação de cuidados de saúde.^{60, 61, 62, 63}

A abordagem diagnóstica e terapêutica tem de integrar: as comorbidades, as terapêuticas, as disfunções sexuais e o perfil biopsicossocial de ambos os elementos do casal. A história do casal com o seu padrão internacional deve ser estudado à procura de dessintonia no desenvolvimento pessoal e sexual ou de um padrão de longa data com "papéis sexuais rígidos". Com base na estrutura anterior deve-se desenhar estratégias específicas e terapêuticas

multidisciplinares para o casal de idosos, incluindo as necessidades individuais e intervenções em várias combinações.⁶⁵

A terapêutica pode ser farmacológica ou não farmacológica. A terapêutica não farmacológica inclui informar e educar sobre a anatomia, função sexual e alterações normais do envelhecimento, alterar estilos de vida, nomeadamente dieta, hábitos tabágicos, atividade física e exercícios para fortalecer o pavimento pélvico, favorecer a estimulação tátil e eliminar rotinas.⁵⁹ Deve-se incentivar a que o homem e a parceira se valorizarem como parceiros íntimos, eróticos e adotem um modelo de sexo suficientemente bom, em oposição ao modelo de comparação do desempenho em relações passadas perfeitas. Homens e casais que adotam uma perspetiva de sexo suficientemente bom estarão melhor posicionados para garantir uma sexualidade prazerosa e satisfatória até ao final das suas vidas.²²

Concluindo, o apelo para uma maior consciência da sexualidade na 3ª idade é necessário.^{17, 33} Os problemas sexuais em pessoas mais velhas devem ser geridos de forma sensível e pragmaticamente por profissionais de saúde, atendendo às diferenças individuais no interesse sexual e na atividade. Todavia, deve ter-se cuidado para evitar uma *hiper-sexualização* do

envelhecimento, com um excesso de medicalização no declínio da função sexual e do interesse.¹⁷

Propostas para o Futuro

Kaas (1981)⁶⁶ criou o termo *Geriatric Sexuality Breakdown Syndrome* para descrever as etapas da internalização dos conceitos da sexualidade na velhice pela sociedade. Como o estereótipo de uma velhice assexuada parece bastante difundido e enraizado na sociedade poderia ser benéfico incluir informações sobre a sexualidade em idosos na educação sexual dos jovens⁶⁷, o que podia permitir uma maior aceitação no Futuro. Uma maior formação e educação poderiam ser benéficas.

Citando DeRogatis et al. (2008)⁶⁸ “registaram-se progressos sobre o número e a qualidade dos estudos de prevalência epidemiológica em medicina sexual. No entanto, há ainda uma escassez de estudos sobre a incidência dessas condições. Dados de confiança sobre a incidência são fundamentais e esses ensaios devem tornar-se uma alta prioridade”. Os resultados indicam como pessoas de uma determinada idade são em comparação com pessoas de idades diferentes, o que implica que não seja

possível tirar conclusões sobre como o indivíduo se altera no tempo.⁶⁹ Para além do viés de resposta, uma vez que as pessoas que participam destes estudos podem ter menos inibições na sua sexualidade do que aqueles que se recusaram a participar.⁶⁹ Também segundo os autores já mencionados, DeRogatis et al (2008)⁶⁸, urge o desenvolvimento de um novo sistema de diagnóstico sistemático e integrado em medicina sexual, devido à percepção do sistema de diagnóstico atual como impreciso.⁶⁸

O *Centers for Disease Control and Prevention*¹² refere alguns pontos como prioritários para a promoção da Saúde Sexual nos Estados Unidos, que se aplicam também à população idosa mundial nomeadamente: o aumento de comportamentos e atitudes sexuais saudáveis, responsáveis e respeitosas; o aumento da consciência e a capacidade de fazer escolhas saudáveis e responsáveis, livres de coerção; a promoção do funcionamento sexual e relacionamentos saudáveis, incluindo a garantia de que as pessoas controlam e decidem livremente sobre assuntos relacionados com as suas próprias relações sexuais e saúde; o aumento ao acesso a prevenção, triagem, tratamento e serviços de apoio eficazes que promovam a saúde sexual, e por fim, a diminuição dos resultados adversos na

saúde pública, incluindo doenças sexualmente transmissíveis e violência sexual.

Como principais propostas para o Futuro aponta-se: a realização de melhores estudos sobre os hábitos sexuais na 3ª idade (com base populacional e de longa duração, acompanhando as transformações do envelhecer); melhorar a formação dos profissionais de saúde que contactam com pessoas idosas, promovendo o

conhecimento sobre sexualidade na 3ª idade e a aquisição de competências necessárias para discutir o assunto; criar condições nas instituições de apoio ao idoso onde este possa manter a sua individualidade e sexualidade,¹⁷ e promoção de programas de educação sexual e de sensibilização para as necessidades na 3ª idade, englobando os processos normais do envelhecimento e os próprios idosos nessas campanhas.

Conclusão

Há um declínio da prática sexual com o avançar da idade, mas muitos idosos continuam a desfrutar de uma vida sexual ativa.

A doença mais do que a idade está associada a disfunção sexual. A disfunção sexual pode ser o primeiro sintoma de outra patologia como doença coronária, LUTS, entre outras e como tal deve ser investigada e o doente orientado para rastreios. O conhecimento por parte do doente da repercussão dos estilos de vida sobre a sua sexualidade pode levar a alterações por opções mais saudáveis e a uma maior adesão à terapêutica. Muitos fatores interferem na sexualidade e por

sua vez a sexualidade tem impacto em várias áreas da vida do idoso.

Alguns pacientes idosos enfrentam problemas mas encontram dificuldade em discuti-los com os profissionais de saúde. Também os profissionais de saúde manifestam algum constrangimento e não investigam suficientemente a saúde sexual neste grupo etário. A pouca comunicação médico-doente tem um impacto negativo sobre o paciente e vai contra as necessidades deste grupo etário. As questões relativas à atividade sexual devem fazer parte da anamnese, de uma forma natural e apropriada a cada doente.

Uma boa saúde sexual nos idosos é importante para toda a sociedade. Atualmente ainda é necessária mais investigação nesta área. Por fim, é necessário melhorar a educação para a sexualidade, que deve começar na escola, e melhorar a formação na faculdade de cursos de saúde para uma maior sensibilização dos profissionais de Saúde.

A saúde sexual não deve ser negligenciada em nenhum grupo etário. Todo o profissional de saúde que lida com pacientes idosos deve estar informado sobre este tema. A sexualidade é importante para o idoso e este deve estar bem informado para que possa usufruir plenamente dos seus benefícios.

Referências Bibliográficas:

- 1- Kermode, S., MacLean, D., *A study of the relationship between quality of life, health and self-esteem.*, Aust J Adv Nurs 2001; 19: 33-40
- 2- Mulligan, T., Reddy, S., Gulur, P.V., Godschalk M. *Disorders of male sexual function.*Clin Geriatr Med 2003; 19: 473-481
- 3- Marandola, P., et al., *Love and sexuality in aging.* Aging Male 2002; 5: 103-113
- 4- Ginsberg, T.B., Pomerantz, S.C., Kramer-Feeley, V., *Sexuality in older adults: Behaviours and preferences.*Age ageing 2005; 34: 475-480
- 5- Camacho, M.E., Reyes-Ortiz, C.A., *Sexual dysfunction in the elderly: age or disease?* Int J Impotence Research 2005; 17: S52-S56
- 6- Arrondo, José Luis. *La Sexualidad supone disfrutar, comunicarse, sentirse mejor y estar más sano.* Rev. Int. Androl. 2008; 6 (4): 260-4
- 7- Lindau, S.T., Schumm, L.P., Laumann, E.O., et al., *A study of sexuality and health among older adults in the United States.*, N Engl J Med 2007;357:762 - 774
- 8- Pearlman, C., *Frequency of intercourse in males at different ages.*, Med Aspects Hum sexuality 1972; November: 92–113.
- 9- European Association of Urology, disponível em: <http://www.uroweb.org/>
- 10- WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH, disponível em: <http://www.worldsexology.org/>
- 11- World Health Organization, disponível em: <http://www.who.int/en/>
- 12- Centers for Disease Control and Prevention, disponível em: <http://www.cdc.gov/>
- 13- Association of Reproductive Health Professionals, disponível em: <http://www.arhp.org/>
- 14- Mayo Foundation for Medical Education and Research, disponível em: <http://www.mayoclinic.org/> (principalmente o artigo: Bolona, E.R., Uruga, M.V., Haddad, R.M., Tracz, M.J., Sideras, K., Kennedy, C.C. et al., *Testosterone use in men with sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials.* Mayo Clin Proc 2007; 82: 20–28.)
- 15- Plano Nacional de Saúde Português, disponível, pela Direção Geral de Saúde, em: <http://pns.dgs.pt/>
- 16- Nicolosi, A., Laumann, E.O., Glasser, D.B., Moreira, E.D., Paik, A., Gingell, C., *Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors.*, Urology 2004; 64: 991–7
- 17- Taylor, Abi; Gosney, Margot A., *Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals;* Age and Ageing 2011; 40: 538–543.
- 18- Corona G, Lee DM, Forti G, O'Connor DB, Maggi M, O'Neill TW, Pendleton N, Bartfai G, Boonen S, Casanueva FF, Finn JD, Giwercman A, Han TS, Huhtaniemi IT, Kula K, Lean MEJ, Punab M, Silman AJ, Vanderschueren D, Wu FCW, and EMAS Study Group. *Age-related changes in general and sexual health in middle-aged and older men: Results from the European Male Ageing Study (EMAS).* J Sex Med 2010;7:1362–1380.
- 19- Mulligan, T., Moss, R., *Sexuality and aging in male veterans: a cross-sectional study of interest, ability and activity.* Arch Sex Behav 1991; 20: 17–25
- 20- Pfeiffer E, Verwoerd A, Davis G. *Sexual behavior in middle life.* Am J Psychiatry 1972; 128: 1262–1267
- 21- Panser, L.A. et al. *Sexual function of men ages 40–79 years: the Olmsted County study of urinary symptoms and health status among young men.* J Am Geriatr Soc 1995; 43: 1107–1111
- 22- McCarthy, B., Thestrup, M.A., *Men, intimacy, and eroticism.* J Sex Med 2009;6:588–594

- 23- Palacios-Ceña D, Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, Alonso-Blanco C, Jiménez-García R, and Fernández-de-las-Peñas C. Sexual behaviors among older adults in Spain: Results from a population-based national sexual health survey. *J Sex Med* 2012;9:121–129.
- 24- Gott CM. Sexual activity and risk-taking in later life. *Health Soc Care Community* 2001;9:72e78.
- 25- Helgason AR, Adolfsson J, Dickman P et al. Sexual desire, erection, orgasm and ejaculatory functions and their importance to elderly Swedish men: a population based study. *Age Ageing* 1996; 25: 285–91.
- 26- Lindau ST, Gavrilova N. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ* 2010; 340: c810.
- 27- Jovic, Emily; Wallace, Jean E.; Lemaire, Jane; The generation and gender shifts in medicine: an exploratory survey of internal medicine physicians; *BMC Health Serv Res.* 2006; 6: 55.
- 28- Gott M, Hinchliff S, Galena E. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Soc Sci Med* 2004;58:2093e2103.
- 29- Knochel KA, Croghan CF, Moone RP, Quam JK. Training, geography, and provision of aging services to lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *J Gerontol Soc Work* 2012;55(5):426e443.
- 30- Hughes AK, Harold RD, Boyer JM. Awareness of LGBT aging issues among aging services network providers. *J Gerontol Soc Work* 2011;54:659e677.
- 31- Cahill S, South, K., Spade, J. Outing age: Public policy issues affecting gay, lesbian, bisexual, and transgender elders. Washington DC: 2000.
- 32- MONTEAGUDO, GILDA PEÑA; LORAINÉ, LEDON LLANES; GISEL, OVIES; CARBALLO, EDUARDO ALVAREZ; SEIJAS, ERICK; TORRES, YOVANY; ROBLES LÓPEZ, RODRÍGUEZ, SEXUALITY IN MEN WITH OVER 60 YEARS OF TOWN SQUARE REVOLUTION, *Int Rev Androl.* 2011, 09:62-91
- 33- Lochlainn, M.N., Kenny, R., Sexual Activity and Aging, *J Am Med Dir Assoc* 2013 Aug; 14(8):565-72
- 34- Lindau ST, Surawska H, Paice J, Baron SR. Communication about sexuality and intimacy in couples affected by lung cancer and their clinical-care providers. *Psychooncology* 2011;20:179e185.
- 35- Bitzer J, Platano G, Tschudin S, and Alder J. Sexual counseling in elderly couples. *J Sex Med* 2008;5:2027–2043.
- 37- Corona G, Rastrelli G, Maseroli E, Forti G, Maggi M., Sexual function of the ageing male., *BestPractResClinEndocrinolMetab.* 2013 Aug;27(4):581-601.
- 38- A Santosa A, Öhrman A, Högberg U, Stenlund H, Hakimi M, and Ng N. Cross-sectional survey of sexual dysfunction and quality of life among older people in Indonesia. *J Sex Med* 2011;8:1594–1602
- 39- Choi KB, Jang SH, Lee MY, Kim KH. Sexual life and self-esteem in married elderly. *Arch Gerontol Geriatr* 2011;53:e17ee20
- 40- Bandeau D. Illness, disability and sex in aging. *Sexuality and Disability* 1995; 13:219e237
- 41- Laumann EO, Glasser DB, Neves RC, Moreira ED Jr. A population-based survey of sexual activity, sexual problems and associated help-seeking behavior patterns in mature adults in the United States of America. *Int J Impot Res* 2009;21:171e178
- 42- Smith LJ, Mulhall JP, Deveci S, et al. Sex after seventy: A pilot study of sexual function in older persons. *J Sex Med* 2007;4:1247e1253
- 43- Baldwin K, Ginsberg P, Harkaway RC. Under-reporting of erectile dysfunction among men with unrelated urologic conditions. *Int J Impot Res* 2003; 15: 87–9
- 44- deBoer, B.J., Bots ML, Nijeholt AA, et al. The prevalence of bother, acceptance, and need for help in men with erectile dysfunction. *J Sex Med* 2005;2: 445e450
- 45- Johnson BK. A correlational framework for understanding sexuality in women age 50 and older. *Health Care Women Int* 1998;19:553e564
- 46- Bouman WP, Arcelus J. Are psychiatrists guilty of “ageism” when it comes to taking a sexual history? *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:27e31
- 47- Bedell SE, Duperval M, Goldberg R. Cardiologists’ discussions about sexuality with patients with chronic coronary artery disease. *Am Heart J* 2002;144: 239e242
- 48- Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. “Opening a Can of Worms”: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract* 2004; 21: 528–36
- 49- Brody, S., The relative health benefits of different sexual activities. *J Sex Med* 2010;7:1336–1361.
- 50- Winn, Rhonda L., Newton, Niles, SEXUALITY IN AGING: A STUDY OF 106 CULTURES, *Archives of Sexual Behavior*, August 1982, Volume 11, Issue 4, pp 283-298
- 51- Matthias RE, Lubben JE, Atchison KA, Schweitzer SO. Sexual activity and satisfaction among very old adults: Results from a community-dwelling Medicare population survey. *Gerontologist* 1997;37:6e14
- 52- Trudel G, TL, Piche L. Marital and sexual aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy* 2000;15:381e406
- 53- Newman, Gustave, Nichols, Claude R., SEXUAL ACTIVITIES AND ATTITUDES IN OLDER PERSONS, *JAMA.* 1960;173(1):33-35.
- 54- Kingsberg SA. The psychological impact of aging on sexuality and relationships. *J Womens Health Gend Based Med* 2000;9:S33eS38.
- 55- Bach LE, Mortimer JA, VandeWeerd C, Corvin J. The association of physical and mental health with sexual activity in older adults in a retirement community. *J Sex Med.* 2013 Nov;10(11):2671-8
- 56- Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I, et al. Sexual function in men older than 50 years of age: Results from the health professionals follow-up study. *Ann Intern Med* 2003;139:161e168
- 57- Gott M, Hinchliff S. How important is sex in later life? The views of older people. *Soc Sci Med* 2003; 56: 1617–28.
- 58- Ehrenfeld M, Bronner G, Tabak N, Alpert R, Bergman R. Sexuality among institutionalised elderly patients with dementia. *Nurs Ethics* 1999; 6: 144–9.
- 59- Castelo-Branco, Camil; Huezo, Milagro León; Ballescá Lagarda, José Luís; *Definition and diagnosis of sexuality in the XXI century*; *Maturitas* 60 (2008) 50-58; Elsevier-doi: 10.1016/j.maturitas.2008.02.002.

- 60- Berman L, Berman J, Felder S, et al. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertil Steril* 2003;79:572-576.
- 61- Kingsberg S. Just ask! Talking to patients about sexual function. *Sexuality, Reproduction & Menopause* 2004;2(4):199-203.
- 62- Marwick C. Survey says patients expect little physician help on sex. *JAMA* 1999;281:2173-2174.
- 63- Social and Sexual Issues Committee of the Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. SOGC Policy Statement: Sexual Health Counselling by Physicians. *J Obstet Gynaecol Can* 2003; 25(12): 1040.
- 64- Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994;151:54e61.
- 65- Bitzer J, Platano G, Tschudin S, and Alder J. Sexual counseling in elderly couples. *J Sex Med* 2008;5:2027-2043
- 65- Kaas MJ. Geriatric sexuality breakdown syndrome. *Int J Aging Hum Dev* 1981; 13: 71-7
- 66- Rienzo BA. The impact of aging on human sexuality. *J Sch Health* 1985; 55: 66-8
- 67- DeRogatis, L.R. et al.. The epidemiology of sexual dysfunctions. *J Sex Med* 2008;5:289-300
- 68- Enzlin, P.; Mak, R.; Kittel, F.; Demyttenaere, K.; Sexual functioning in a population-based study of men aged 40-69 years: the good news, *International Journal of Impotence Research* (2004) 16, 512-520. *Journal of Impotence Research* (2004) 16, 512-520.
- 69- Meston CM. Aging and sexuality. *West J Med* 1997;167:285e290.
- 70- Braun M, Wassmer G, Klotz T, et al. Epidemiology of erectile dysfunction: Results of the 'Cologne Male Survey'. *Int J Impot Res* 2000;12:305e311.
- 71- Rosen R, Altwein J, Boyle P, et al. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: The multinational survey of the aging male (MSAM-7). *Eur Urol* 2003;44:637e649.
- 72- Holden CA, McLachlan RI, Pitts M, et al. Men in Australia Telephone Survey (MAtES): A national survey of the reproductive health and concerns of middle-aged and older Australian men. *Lancet* 2005;366:218e224.
- 73- Helgason AR, Fredrikson M, Adolfsson J, Steineck G. Decreased sexual capacity after external radiation therapy for prostate cancer impairs quality of life. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1995;32:33e39.
- 74- Finkle AL, Prian DV. Sexual potency in elderly men before and after prostatectomy. *JAMA* 1966; 196: 139 e 143.
- 75- Perelman, M., Shabsigh, R., Seftel, A., Althof, S., Lockhart, D., Attitudes of men with erectile dysfunction: A cross-national survey., *J Sex Med* 2005;2: 397 - 406
- 76- Roughan PA, Kaiser FE, Morley JE. Sexuality and the older woman. *Clin Geriatr Med* 1993;9:87e106.
- 77- Wagner G, Mulhall J. Pathophysiology and diagnosis of male erectile dysfunction. *BJU Int* 2001;88:3e10.
- 78- Selvin E, Burnett AL, Platz EA. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in the US. *Am J Med* 2007;120:151e157.
- 79- Quek KF, Sallam AA, Ng CH, Chua CB. Prevalence of sexual problems and its association with social, psychological and physical factors among men in a Malaysian population: A cross-sectional study. *J Sex Med* 2008;5:70e76.
- 80- Montorsi F, Adaikan G, Becher E, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med* 2010;7:3572e3588.
- 81- Chew KK, Bremner A, Stuckey B, et al. Sex life after 65: How does erectile dysfunction affect ageing and elderly men? *Aging Male* 2009;12:41e46.
- 82- Benet AE, Melman A. The epidemiology of erectile dysfunction. *Urol Clin North Am* 1995;22:699e709.
- 83- Justo D, Arbel Y, Mulat B, et al. Sexual activity and erectile dysfunction in elderly men with angiographically documented coronary artery disease. *Int J Impot Res* 2010;22:40e44.
- 84- Han TS, Tajar A, O'Neill TW, et al. Impaired quality of life and sexual function in overweight and obese men: The European Male Ageing Study. *Eur J Endocrinol* 2011;164:1003e1011.
- 85- Seftel AD. Erectile dysfunction in the elderly: Epidemiology, etiology and approaches to treatment. *J Urol* 2003;169:1999e2007.
- 86- Hyde Z, Flicker L, Hankey GJ, Almeida OP, McCaul KA, Chubb SAP, and Yeap BB. Prevalence and predictors of sexual problems in men aged 75-95 years: A population-based study. *J Sex Med* 2012;9:442-453 Clayton AH. Recognition and assessment of sexual dysfunction associated with depression. *J Clin Psychiatry* 2001;62:5e9.
- 87- Beutel ME, Stobel-Richter Y, Brahler E. Sexual desire and sexual activity of men and women across their lifespans: Results from a representative German community survey. *BJU Int* 2008;101:76e82.
- 88- Solomon H, Man J, Jackson G. Erectile dysfunction and the cardiovascular patient: endothelial dysfunction is the common denominator. *Heart* 2003; 89: 251-253
- 89- Kaiser DR et al. Impaired brachial artery endothelium dependent and independent vasodilatation in men with erectile dysfunction and no other clinical cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol* 2004; 43: 179-184.
- 90- Laumann E, Paik A, Rosen R. Sexual dysfunction in the United States. *JAMA* 1999; 281: 537 - 544.
- 91- Della Chiesa A, Pfiffner D, Meier B, Hess OM. Sexual activity in hypertensive men. *J Hum Hypertens* 2003;17:515e521
- 93- McKinlay J. The worldwide prevalence and epidemiology of erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2000; 12(Suppl 4): S6 - S11.
- 94- Porto, C.C. Doenças do coração: prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Koogan, 1998
- 95- Maria, V.L.R.; Modena, E.M.S.C. Atividade sexual e paciente pós-infartado. *Enfermagem Moderna*. 1984. v.2, n.2, p.22-34
- 96- Hansen BL. Lower urinary tract symptoms (LUTS) and sexual function in both sexes. *Eur Urol* 2004; 46: 229-234.
- 97- Morgentaler A. A 66-year-old man with sexual dysfunction. *JAMA* 2004; 291: 2994-3003.
- 98- Baldassare, JS, Kaye, D., Special problems of urinary tract infection in the elderly. *Med Clin North Am* 1991; 75: 375-90.
- 99- Dahn J et al. Sexual functioning and quality of life after prostate cancer treatment: considering sexual desire. *Urology* 2004; 63: 273-277.

- 100- Kloner RA. Assessment of cardiovascular risk in patients with erectile dysfunction: focus on the diabetic patient. *Endocrine* 2004; 23: 125–129.
- 101- Esposito, K.; Giugliano, D.; Obesity, the metabolic syndrome, and sexual dysfunction., *Int J Impot Res* 2005; 17: 391–398.
- 102- Fung, M.M., Bettencout, R., Barret-Connor, E., Heart disease risk factors predict erectile dysfunction 25 years later: the Rancho Bernardo study., *J Am Coll Cardiol* 2004; 43: 1405–1411.
- 103- Tan, R.S., Pu, S.J., Impact of obesity on hypogonadism in the andropause., *Int J Androl* 2002; 25: 195–201.
- 104- Nikoobakht, M., Nasseh, H., Pourkasmaee, M., The relationship between lipid profile and erectile dysfunction., *Int J Impot Res* 2005; 17: 523–536
- 105- Currey HLF. Osteoarthritis of hip joint and sexual activity. *Ann Rheum Dis* 1970; 29: 488–493.
- 106- Miranda, Luís Dr., Andersen, Marta; “Sexualidade, depressão e ansiedade em doentes reumatológicos”, Instituto Português de Reumatologia, Dez. 2008
- 107- Zeiss ERA, Delmonico RL, Zeiss AM, Dornbrand L. Psychological disorder and sexual dysfunction in elders. *Clin Geriatr Med* 1991; 1: 133–151.
- 108- Wong SYS, Leung JCS, and Woo J. Sexual activity, erectile dysfunction and their correlates among 1,566 older Chinese men in southern China. *J Sex Med* 2009;6:74–80.
- 109- Maldonado, M.T., Psicologia da atração sexual. In: Cavalcanti, C. R.; Vitiello, N. (ed). *Sexologia I*. São Paulo: Femina, 1984. cap. p. 27-30.
- 110- Smeltzer, S.C.; Bare, B.G., Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 1994. cap.17, p.245-53:
- 111- Lopes, P. G.; Cavalcanti, R.; Andrade, R.P. *Sexologia integral*. Curitiba: Relisul, 1992. cap.8, p.42-46.
- 112- Wierman, M.E., Advances in the diagnosis and management of impotence. *Dis Mon* 1999;45:1e20.
- 113- Gregorian, R.S., Golden, K.A., Bahce, A., et al. Antidepressant-induced sexual dysfunction. *Ann Pharmacother* 2002;36:1577e1589.
- 114- Jensen J et al., The prevalence and etiology of impotence in 101 male hypertensive outpatients. *Am J Hypertens* 1999; 12: 271–275
- 115- Franzen, D. et al. Effects of beta-blockers on sexual performance in men with coronary heart disease: a prospective, randomized and double blind study. *Int J Impot Res* 2001; 13: 348–351.
- 116- Rizvi, K., Hampson, J.P., Harvey JN. Do lipid lowering drugs cause erectile dysfunction? A systematic review. *Fam Pract* 2002; 19: 95–98.
- 117- Montejo, A.L., Llorca, G., Izquierdo, J.A., Villademoros, F., Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressants agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 10–21
- 118- Gitlin, M.J., Suri, R., Altshuler, L., Zuckerbrow-Miller, J., Fairbanks, L., Bupropion-sustained release as a treatment for SSRI-induced sexual side effects. *J Sex Marital Ther* 2002;28(2): 131–8.
- 119- Damis, M., Patel, Y., Simpson, G.M., Sildenafil in the treatment of SSRI-induced sexual dysfunction: a pilot study. Primary care companion., *J Clin Psychiatry* 1999; 6: 184–187.
- 120- Feldman HA, Longcope C, Derby CA, Johannes CB, Araujo AB, Coviello AD et al. Age trends in the level of serum testosterone and other hormones in middle-aged men: longitudinal results from the Massachusetts male aging study. *J Clin Endocrinol Metab* 2002; 87: 589–598.
- 121- Seidman, SN; Normative hypogonadism and depression: does ‘andropause’ exist?; *International Journal of Impotence Research* (2006) 18, 415–422. doi:10.1038/sj.ijir.3901443; published online 5 January 2006
- 122- Morales A, Heaton JP, Carson CC. Andropause: a misnomer for a true clinical entity. *J Urol* 2000; 163: 705–712.
- 123- Isidori AM, Giannetta E, Gianfrilli D, Greco EA, Bonifacio V, Aversa A et al. Effects of testosterone on sexual function in men: results of a meta-analysis. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2005; 63: 381–394.
- 124- Emmelot-Vonk, M; Verhaar, H H J J; Nakhai-Pour, H R; Grobbee, D E; Van der Schouw, Y T; Effect of testosterone supplementation on sexual functioning in aging men: a 6-month randomized controlled trial Testosterone supplementation on sexual function in aging men; *International Journal of Impotence Research* (2009) 21, 129–138.
- 125- Sadowsky, M., Antonovsky, H., Maoz, B., Sexual activity and sex hormone levels in aging men. *Intern Psychogeriatrics* 1993; 5: 181 – 186.
- 126- Tsitouras P, Martin C, Harman S. Relationship of serum testosterone to sexual activity in healthy elderly men. *J Gerontology* 1982; 37: 288 – 293.
- 127- Davidson J et al. Hormonal changes and sexual function in aging men. *J Clin Endoc Met* 1983; 57: 71-77
- 128- Kuffel SW, Heiman JR. Effects of depressive symptoms and experimentally adopted schemas on sexual arousal and affect in sexually healthy women. *Arch Sex Behav* 2006;35(2):163–77.
- 129- Meehan PJ, Saltzman LE, Sattin RW. Suicide among older United States residents: epidemiologic characteristics and trends. *Am J Public Health* 1991; 81: 1198–1200.
- 130- Mulligan T, Retchin SM, Chinchilli VM, Bettinger CB. The role of aging and chronic disease in sexual dysfunction. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:520e524.

Anexos

ANEXO I – Quadro 1: Benefícios da prática sexual sobre a saúde e bem-estar:

Adaptação de: “*La Sexualidad supone disfrutar comunicarse, sentirse mejor y estar más sano*” de José Luis Arrondo⁶

Saúde Física:
Previne a doença coronária
Previna alguns casos de doença oncológica
Melhora o sistema imunitário
Tonifica o sistema musculoesquelético
Atua como sonífero
Tem propriedades relaxantes e analgésicas
Saúde Mental:
Melhora os casos de ansiedade e diminui a violência
Ajuda na recuperação de depressão e diminui a ideação suicida
Aumenta a capacidade cognitiva
Saúde Social:
Melhora a autoestima e imagem corporal
Aumenta a estabilidade do casal
Fomenta a comunicação
Promove o contato e o afeto
Outros:
Fator prognóstico de qualidade de vida
Bom indicador do estado geral de saúde
Aumenta a esperança média de vida
Contribui para um envelhecimento ativo

Agradecimento:

Ao Dr. Nuno Louro, pela orientação e pelas incansáveis correções, ao longo de todo o processo.

Muito obrigada pelas suas aulas de Urologia que contribuíram para a escolha deste tema.